

# CUENTA DE COBRO N° 05

*Por adquisición de bienes y/o servicios a personas naturales no comerciantes o inscritas en el régimen simplificado.*

Bogotá D.C., 01 de agosto de 2025

## FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ NIT 899.999.061-9

DEBE A:

DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL  
C.C. No. 1.020.795.504 de Bogotá

La suma de: SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE MONEDA LEGAL - (\$6.300.000)

**Por concepto de:** PAGO DE HONORARIOS DEL 1 DE JULIO DE 2025 AL 31 DE JULIO DE 2025, POR EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 300-2025-CPS-P CUYO OBJETO ES: "PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOSOCIAL AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA GENERAR ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ".

### CUENTA PARA CONSIGNACIÓN:

**ENTIDAD BANCARIA:** BANCOLOMBIA  
**No. DE CUENTA:** AHORROS  
**TIPO DE CUENTA:** 30411498901



DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL  
CC. 1.020.795.504 de Bogotá.

Espacio para  
Logo Corporativo

DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL  
NIT 1.020.795.504-5  
calle 92 n. 16 30  
Tel: (601) 3156846604  
Bogotá - Colombia  
danielarubiano25@gmail.com



Factura electrónica de venta  
No. 162

Señores	ALCALDIA LOCAL DE SUMAPAZ		
NIT	899.999.061-9	Teléfono	(000) 0000000 - Ext. 000
Dirección	AVENIDA CALLE 6 N. 32 A 85	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	28/07/2025, 14:44
Expedición	28/07/2025, 14:44
Vencimiento	28/07/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	1.00	6,300,000.00

Total items: 1

Valor en Letras: Seis millones trescientos mil pesos m/cte

Forma de pago:  
Contado

Medio de pago:  
Consignación bancaria - Consignación \$ 6,300,000.00

Total Bruto	5,294,117.65
IVA 19%	1,005,882.35
Total a Pagar	6,300,000.00

**Observaciones:** PAGO DE HONORARIOS DEL 01 DE JULIO DE 2025 AL 31 DE JULIO DE 2025, POR EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 300-2025-CPS-P CUYO OBJETO ES: “PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOSOCIAL AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA GENERAR ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ”. POR FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 30411498901 A NOMBRE DE DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764075952991 aprobado en 20240729 prefijo desde el número 101 al 500 Vigencia: 24 Meses**  
Responsable de IVA - Actividad Económica 8299 Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p. Tarifa  
**CUFE:** aca8dac823dd1bea2d3a588fb9c61d7d81715783ed213a066ab639ceb953ffe4bd63e1a1a11b22305b0d01d52e24d92c

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 5	
PERÍODO: DEL 1 DE JULIO DE 2025 AL 31 JULIO DE 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	«PRESTACIÓN DE SERVICIOS»
No. CONTRATO Y FECHA	«300-2025-CPS-P (131054) DE 4 DE MARZO DE 2025»
NOMBRE DEL CONTRATISTA	«DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL»
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	«C.C. 1.020.795.504 de BOGOTÁ»
PLAZO DE EJECUCIÓN	«SEIS (6) MESES»
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	«\$37.800.000»
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	«\$6.300.000»
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	«O230117459920242324»
FECHA ACTA DE INICIO	«11 de MARZO de 2025»
PRÓRROGA <sup>1</sup>	« N/A »
ADICIÓN	« N/A »
SUSPENSIÓN	« N/A »
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	«10 de SEPTIEMBRE DE 2025»
OBJETO DEL CONTRATO	“PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOSOCIAL AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA GENERAR ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ”

## ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Realizar la consolidación de informes y los seguimientos adquiridos desde el equipo local de salud, en el marco de la garantía de las acciones en salud a la población de la localidad de Sumapaz	1.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, se apoyó la consolidación de los proyectos del área de salud, en reunión convocada el 17 de julio, en relación a los avances y logros proyecto 1643 y 1645, así como la formulación proyecto 2324.	1.1. Anexo obligación 1
2. Identificar las necesidades, problemáticas o requerimientos en salud, de personas en vulnerabilidad, familia, colectivos para la incorporación de los lineamientos de transversalización del enfoque diferencial en los planes, programas, y demás instrumentos de la política pública en salud y promoción social de la salud en la localidad de Sumapaz.	2.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, se identificaron las necesidades, en salud de las personas en la localidad, mediante el estudio previo y demás documentos precontractuales, para el proceso de elementos deportivos, que tiene como fin, dotar de elementos deportivos a la comunidad, en consecuencia, mejorar si calidad de vida en la localidad.	2.1. Anexo obligación 2
3. Fomentar y desarrollar jornadas de acompañamiento psicosocial con énfasis en salud mental a los participantes de los programas complementarios en salud ofertados por la Alcaldía Local.	3.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, no se requirió el desarrollo de esta actividad.	Durante el periodo comprendido del 1 al 30 de junio de 2025, no se requirió el desarrollo de esta actividad.
4. Apoyar la formulación y ejecución de las acciones que se desarrollen en el marco de la implementación de la estrategia distrital de salud Mas Bienestar.	4.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, no se requirió el desarrollo de esta actividad.	Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, no se requirió el desarrollo de esta actividad.
5. Brindar apoyo en la elaboración de informes, respuestas a derechos de petición y demás requerimientos, solicitados por los órganos de control, entidades y comunidad en general, de conformidad con la normatividad vigente y	5.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, se brindó apoyo en la elaboración de derechos de petición mencionados a continuación:  Caso ALBA LUZ VERGARA – Reiteración Caso ALFREDO BAUERO POVEDA – Reiteración Caso AMANDA MICAN ROMERO – Reiteración	5.1 Anexo obligación 5


### ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

dentro de los plazos y términos establecidos por la ley, con relación al sector salud.	Caso ANYI YUBELY TORRES RODRIGUEZ – Reiteración Caso MARIA CLEMENCIA MUÑOS Caso CARMEN ROSA MORENO Caso RAUL ESTEBAN PERALTA Caso BLANCA ALICIA PABON Caso BALNCA SOFIA CAMPOS Caso MARTHA YANETH CABRERA Caso ROLDAN BAUTISTA MICAN	
6. Asistir, a las reuniones, comités y capacitaciones, entre otros, representar a la administración en los espacios del sector y hacer parte de los comités que le sean designados.	6.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, se asistió a todas las reuniones convocadas por el supervisor.  28.07.2025 Reunión presencial con el señor alcalde	6.1 Anexo obligación 6
7. Las demás que demande la administración local que corresponda a la naturaleza del contrato y que sean necesarias para la consecución del fin del objeto contractual	7.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, no se requirió el desarrollo de esta actividad.	Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de 2025, no se requirió el desarrollo de esta actividad.

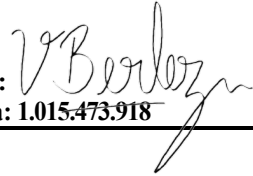
#### INFORMACIÓN ADICIONAL

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	Sanitas EPS	Positiva Seguros	Colfondos

#### FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA	CONTRATISTA
<b>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:</b> Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	<b>Firma:</b>  <b>Nombre: Daniela Alejandra Rubiano Vidal</b> <b>Cédula: 1.020.795.504</b>

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

<b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista hen el contrato.	<b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b>
	<b>Nombre: Diego Ramiro García</b> <b>Cargo: Alcalde Local de Sumapaz</b>  <b>Firma:</b> <b>Cédula: 79804578</b>
	<b>APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)</b>
	<b>Nombre: Madeline Vanessa Bermúdez Pulido</b> <b>Cargo: Apoyo a la Supervisión</b>  <b>Firma:</b>  <b>Cédula: 1.015.473.918</b>

## DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA

Yo, **DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1020795504 expedida en Bogotá. Adicionalmente declaro bajo juramento que:

SI \_\_\_\_ NO X\_\_

1. Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, primero civil, ni me encuentro ligado por matrimonio o unión permanente con ningún edil de la Localidad de Sumapaz.

SI \_\_\_\_ NO X\_\_

2. Me encuentro incurso en ninguna causal constitucional o legal que me genere inhabilidad o incompatibilidad para la ejecución del presente contrato.

SI X\_\_ NO \_\_\_\_

3. Me comprometo a informar inmediatamente al Fondo de Desarrollo Rural de Sumapaz si durante la ejecución del contrato se presenta alguna circunstancia que pueda generar inhabilidad o incompatibilidad, con el fin de proceder a dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 9 de la Ley 80 de 1993.

Aceptación:

Acepto que la información incorrecta o que no corresponda con la realidad en esta declaración, puede generar la terminación del contrato, así como las consecuencias sancionatorias de carácter contractual y penal a que haya lugar."

En constancia se firma al primer (1) día del mes de agosto de dos mil veinticinco (2025).



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL

C.C: 1020795504

Dirección de correspondencia: Calle 92 16 30

Teléfono de contacto: 3156846604

Correo electrónico institucional: no cuento con correo institucional. Correo personal: danielarubiano25@gmail.com





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE GOBIERNO

## ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

### CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al:

Periodo comprendido por el 1 de julio de 2025 al 31 de julio de 2025.

Contrato:	No. 300-2025-CPS-P
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS
Contratista:	DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL
Cédula o NIT	No. 1.020.795.504
Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOSOCIAL AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA GENERAR ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.
Plazo del contrato:	Seis (6) MESES
Fecha iniciación:	11 de marzo de 2025
Fecha de terminación:	10 de septiembre de 2025
Prórroga(s)	No aplica
Valor inicial pactado:	\$37.800.000
Valor adicional:	No aplica
Valor a pagar:	\$6.300.000 (No. de pago: 5)
Numero de PIN:	88321773
Periodo cotizado.	Mes julio año 2025

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma el primer (1) día del mes de agosto de dos mil veinticinco (2025). Interventor o Supervisor,

Interventor o Supervisor,

**MADELINE VANESSA BERMÚDEZ PULIDO**  
C.C. No. 1.015.473.918 de Bogotá

**DIEGO RAMIRO GARCÍA BEJARANO**  
C.C. No. 79.804.578 de Bogotá

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1020795504	DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL		calle 92 n 16 30	3156846604	danielarubiano25@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	24/07/2025	88321773	\$3.852.200	

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.603.900	0		0		0	0	0	1.603.900	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	2.052.900	0	0	64.200	64.200	0	0		2.181.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	67.000				67.000	0	0	67.000			670	67.000	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.603.900	1.603.900
Pensión	1	2.181.300	2.181.300
Riesgos Laborales	1	67.000	67.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	3	3.852.200	3.852.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020795504	DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL		calle 92 n 16 30	3156846604	danielarubiano25@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	24/07/2025	88321773	\$3.852.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de riesgo	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020795504	RUBIANO VIDAL DANIELA ALEJANDRA				59	0		N																		231001	12.830.611	2.052.900	0	0	64.200	64.200	EPS005	12.830.611	1.603.900	14-23	12.830.611	1	67.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Número de Contrato 300 de 2025

Yo, DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.020.795.504 expedida en la ciudad de BOGOTÁ.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año 2024	X	
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.		X

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	X	
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)		X

Se expide y firma el primer (1) día del mes de agosto del 2025.

*Daniela RV.*

Nombre: DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL

C.C: 1.020.795.504

Dirección de correspondencia: Calle 92 #16-30 apto 804

Teléfono de contacto: 3156846640

Correo electrónico institucional: No cuento con correo institucional

Correo electrónico personal: danielarubiano25@gmail.com



2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

141001147950



14157707212489984180201 0000141001147950

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 2 0 7 9 5 5 0 4 | 5 Impuestos de Bogotá

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

Persona natural o sucesión líquida

Cédula de Ciudadanía

1 0 2 0 7 9 5 5 0 4

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

35. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9 Bogotá D.C.

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

RUBIANO

VIDAL

DANIELA

ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 106 16 56 AP 401

42. Correo electrónico

danielarubiano25@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 5 6 8 4 6 6 0 4

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

## Ocupación

## 32. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

8 2 9 9

2 0 1 4,0 4,0 1

6 9 1 0

2 0 1 9,0 8,0 1

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código

5 4 8 5 2

05- Imppto. renta y compl. régimen ordinario

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formular el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

# Certificado Bancario

Jueves, 24 de abril de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL identificado(a) con CC 1020795504, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	30411498901	2013/08/08	ACTIVA

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.